RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Projet SIPA

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE D'IDENTIFICATION, DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Révision en cours

Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill
et
Régie Régionale de Montréal-Centre

2001

106-06200/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre (514-286-5604)
Prix : 4,00 $; 25,00 $ pour la série complète

Également disponible dans le site Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre dont l'adresse est : www.santemontreal.qc.ca/documentation

---

Les protocoles ont été réalisés en 1999-2000 et ont été révisés dans la présente version en mai 2001. Le nouveau processus de révision actuellement en cours vise les objectifs suivants : Mise à jour des données scientifiques et des conditions d'application; Clarification des rôles et responsabilités des intervenants et des médecins incluant la délégation d'actes; Amélioration des mécanismes de communication MD-Gestionnaire de cas.

© Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill et Régie Régionale de Montréal-Centre, 2001

« L'utilisation des outils, conçus pour la région de Montréal-Centre, est interdite à moins d'entente préalable avec la RRSSSMC »

ISBN : 2-89510-068-3 (Protocoles - série)
ISBN : 2-89510-075-6

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002.

TABLE DES MATIÈRES

1. PROBLÉMATIQUE 3
2. BUT 3
3. OBJECTIFS 4
4. DOCUMENTS À CONSULTER 4
5. LISTE DES TABLEAUX 5
6. LISTE DES ANNEXES 5
7. IDENTIFICATION DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS ET DES INTERVENTIONS, PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE 6
8. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE 7

TABLEAUX 1 à 4 ..... 9 à 12

ANNEXE 1 - CARNET DU PATIENT 13
ANNEXE 2 - PARTNERS IN CARE EDUCATION MAP - CONGESTIVE HEART FAILURE .. 14
ANNEXE 3 - FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE 15
ANNEXE 4 - ARTICLES DE RÉFÉRENCE 16

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

1. PROBLÉMATIQUE

- Un diagnostic principal ou associé d'insuffisance cardiaque (IC) a été enregistré pour 14% des hospitalisations en 1997-1998 chez les résidents de Montréal- Centre âgées de 65 ans et plus ;

- Dans l'île de Montréal, le taux moyen d'hospitalisation pour les personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'IC a augmenté de 26% au cours des années 90 ;

- Près de 40% des patients hospitalisés avec un diagnostic d'IC seront réadmis dans les 12 mois avec le même diagnostic ;

- Le taux de mortalité après cinq ans atteint presque 50%, ce qui donne à ces patients une espérance de vie inférieure à celle des victimes de plusieurs cancers ;

- Il est important de faire la distinction entre les deux types d'IC (diastolique ou systolique) car elle influe sur la prise de décisions cliniques ;

- Les facteurs de rechutes les plus fréquents sont : l'observance inadéquate aux traitements, l'hypertension mal contrôlée, les autres problèmes cardiaques et les infections ;

- Une intervention interdisciplinaire gérée par l'infirmière peut améliorer la qualité de vie des patients et réduire le taux d'hospitalisation et les coûts médicaux ;

- Les bienfaits des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) diminuent la mortalité, améliorent la classe fonctionnelle et diminuent l'incidence d'apparition d'IC symptomatique ainsi que du nombre d'hospitalisations qui y sont associées ;

- Comme les personnes atteintes d'IC sont hospitalisées fréquemment, les conséquences pour l'individu affecté ainsi que pour son entourage ne se limitent pas aux répercussions biologiques et physique associées à la maladie; elles ont aussi des aspects psychologiques et sociaux.

2. BUT

Assurer une prise en charge adéquate des usagers souffrant d'insuffisance cardiaque qui se traduira par :

- le contrôle et le soulagement optimal des symptômes
- le maintien ou l'amélioration des capacités fonctionnelles
- l'amélioration de la sensation de bien-être et la qualité de vie

Soutenir les aidants naturels et prévenir leur épuisement

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

3. OBJECTIFS

Par des actions concertées interdisciplinaires et interétablissements

de la personne âgée et de la personne soutien
du médecin de famille et du cardiologue
du gestionnaire de cas
des autres intervenants de l'équipe de soins
des consultants rattachés au SIPA (gériatre)
des professionnels des autres services spécialisés (ex. :clinique d'insuffisance cardiaque) :

- Identifier la clientèle atteinte d'IC ;
- identifier les professionnels impliqués auprès de la personne (première ligne, services spécialisés) et préciser la contribution de chacun, avec une attention particulière aux zones de chevauchement ;
- Préciser les traitements médicamenteux et non médicamenteux appropriés ;
- Procurer une intervention éducative visant l'apprentissage de l'observance du traitement pharmacologique et non pharmacologique ;
- Procurer une intervention éducative visant l'intervention appropriée lors de l'apparition de signes et symptômes de détérioration ;
- Intégrer les aidants dans la prise en charge et dépister et prévenir leur épuisement ;
- Maximiser le suivi de première ligne (médical, soins infirmiers, nutrition), en lien avec le suivi spécialisé ;
- Contrôler les facteurs de risque.

4. DOCUMENTS À CONSULTER

American Geriatrics Society. Heart Failure : Evaluation and Treatment of Patients with Left Ventricular Systolic Dysfunction. JAGS 1998; 46(4) : 525-529.

Ducharme, Anique. La défaillance cardiaque. Le Médecin du Québec 1999; 34(10) :55-69.

McAlister, Finlay A. et al. The Treatment and Prevention of Coronary Heart Disease in Canada : Do Older Patients Receive Efficacieous Therapies ? JAGS 1999; 47(7) :811-819.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique. Services pour l'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre- Vers une gestion intégrée. Vol 4, no 2, mars 2000.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique et Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal (Avril 1999). Prévention en pratique médicale- Insuffisance cardiaque. Direction de la santé publique.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (2000). Carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens ». Direction de la santé publique.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (1999). Les réseaux des services de santé de première ligne : le cas des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans le Sud-Ouest de Montréal, rapport descriptif. Direction de la santé publique.

Rich, Michael W. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. The New England Journal of Medicine 1995; 333(18) : 1190-1195.

Stewart, Simon et al. Effects of a Home-Based Intervention Among Patients With Congestive Heart Failure Discharged From Acute Hospital Care. Arch Intern Med 1998; 158 : 1067-1072.

Venner, Gail, Solitro- Seelbinder, Jeanne. Team management of congestive failure across the continuum.
J Cardiovasc Nurs 1996; 10(2) : 71-84.

Vinson, M. et al. Early Readmission of Elderly Patients With Congestive Heart Failure. JAGS 1990; 38(12) :1290-1295.

5. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque

Tableau 2 : Causes de dysfonction systolique ventriculaire gauche

Tableau 3 : Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque

Tableau 4 : Traitement pharmacologique – posologie et coûts

6. LISTE DES ANNEXES

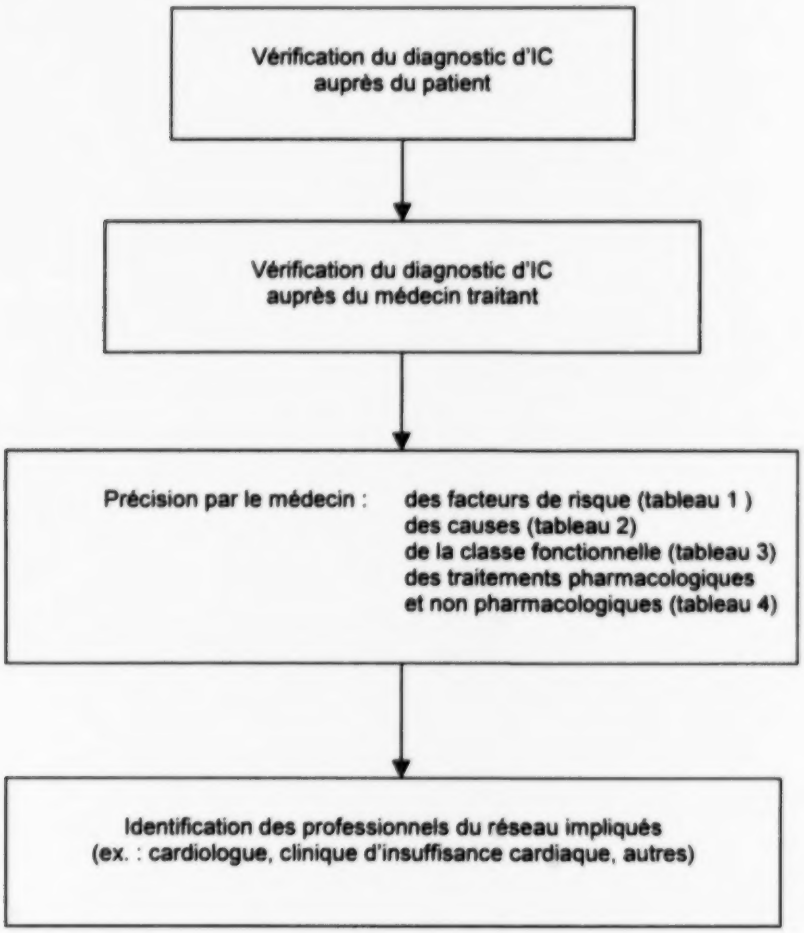
Annexe 1 : Carnet du patient

Annexe 2 : Partners in Care Education Map : Congestive Heart Failure

Annexe 3 : Feuille sommaire de suivi du protocole d'insuffisance cardiaque

Annexe 4 : Articles de référence

7. IDENTIFICATION DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS ET DES INTERVENTIONS, PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE



8. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Traitement pharmacologique (tableau 4)
- Traitement non pharmacologique : diète
  restriction liquidienne
  exercice, conservation de l'énergie
  gestion du stress
- Suivi des paramètres physiologiques
- Éducation du patient et de l'aidant sur : la maladie
  les symptômes
  la médication
  la diète
  l'exercice
  la conservation de l'énergie
  la réduction du stress
- Épuisement des aidants
- Référence au personnel spécialisé

Traitement pharmacologique

- Révision et ajustement par le médecin traitant
- Au besoin, le cardiologue, le pharmacien ou le gériatre sont consultés

Traitement non pharmacologique

- Le médecin traitant, de concert avec les autres professionnels (cardiologue, gériatre, ergothérapeute, infirmière, diététiste, physiothérapeute), intervient pour favoriser la mise en place du traitement approprié :
  - la restriction liquidienne
  - la diète
  - l'exercice et les méthodes de conservation de l'énergie
  - les méthodes de réduction du stress

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

Suivi des paramètres physiologiques

- suivi clinique : T.A., prise de poids, autres
- suivi paraclinique : laboratoire
- le carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens » (Direction de la Santé publique, 2000) sert à enregistrer certains résultats (annexe 1)

Éducation du patient et de l'aidant

- on vise l'apprentissage par le patient grâce à l'enseignement fait par le professionnel
- le but est :
  - l'observance du traitement non pharmacologique et pharmacologique
  - l'intervention appropriée lors de l'apparition de signes et symptômes de détérioration
- le contenu :
  - 80% du contenu doit être directement relié aux habiletés spécifiques (limite liquidienne, poids, diminution de l'apport sodique, évaluation de la symptomatologie et intervention appropriée, médication et respect des rendez-vous)
  - 20% consacré à des informations de physiologie ou des conseils spécifiques facilitant la compréhension de la maladie
- le carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens » (Direction de la Santé publique, 2000) est un outil d'apprentissage adapté à la clientèle âgée (mise en page, lisibilité, contenu relié à des habiletés, etc.) (annexe 1)
- divers outil d'enseignement existent (exemple « Partners in Care for Congestive Heart Failure » Harrison, 1998) (annexe 2).
- L'utilisation du même outil par les services de première ligne et la clinique spécialisée en IC du secteur est souhaitable

Épuisement de l'aidant

- information
- groupe d'entraide
- Cf protocole sur les aidants naturels

Référence au personnel spécialisé

- Indication : pour le patient dont l'état demeure précaire malgré un traitement maximal avec les agents traditionnels
- Les centres sont dotés d'un personnel expérimenté dans l'IC grave, ont accès aux traitements pharmacologiques expérimentaux, disposent d'appareils d'assistance mécanique et ont un programme de transplantation

TABLEAU 1

Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
Hypertrophie ventriculaire gauche
Diabète
Dyslipidémies
Obésité
Tabagisme
Sédentarité
Facteurs psychosociaux et non modifiables

Tiré de : Direction de la santé publique. Prévention en pratique médicale- Insuffisance cardiaque. Avril 1999.

TABLEAU 2

Causes de dysfonction systolique ventriculaire gauche

Fréquentes

Maladie cardiaque artérioscléreuse (MCAS)*
Hypertension artérielle*
Valvulopathie* : insuffisance aortique, mitrale
Cardiomyopathie dilatée idiopathique

Plus rares

Agents infectieux : viraux, bactériens, fongiques
Fièvre rhumatismale aiguë
Affections infiltrantes* : amyloïdose, hémochromatose, sarcoïdose
Intoxication : héroïne, cocaïne, alcool*, amphétamines, doxorubicine, cyclophosphamide, sulfonamides, plomb, arsenic, cobalt, phosphore, éthylène glycol
Carences nutritionnelles : protéines, thiamine, sélénium
Déséquilibre électrolytiques : hypocalcémie, hypophosphatémie, hyponatrémie, hypokaliémie
Maladies du collagène : lupus, arthrite rhumatoïde, sclérodermie, polyartérite noueuse, vascularite d'hypersensibilité, maladie de Takayasu, polymyosite, maladie de Reiter
Troubles endocriniens et métaboliques : diabète, thyroïdopathie (hypo et hyperthyroïdie), hypoparathyroïdie, phéochromocytome*, acromégalie
Tachycardie* : tachycardie supraventriculaire incessante ou fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide
Rarement : syndrome hyperéosinophilique, cardiopathie postpartum, syndrome d'apnée du sommeil, maladie de Whippie, déficit en L-camitine, sida

* Causes potentiellement réversibles

Cause de dysfonction diastolique

MCAS : ischémie
Hypertension artérielle
Hypertrophie ventriculaire gauche :
  cardiopathie hypertrophique ou secondaire d'une sténose aortique
Vieillissement normal : diminution de la compliance ventriculaire
Diabète
Dysfonction systolique du ventricule gauche
Péricardite constrictive
Cardiopathie restrictive/infiltrante :
  amyloïdose, hémochromatose

Tiré de : Ducharme, Anique. La défaillance cardiaque. Le Médecin du Québec 1999; 34(10) :56-57.

TABLEAU 3

Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque

(New York Heart Association)

CLASSE I

Aucune limitation : un niveau d'exercice ordinaire ne cause pas de fatigue indue, de dyspnée ou de palpitations.

CLASSE II

Limitation physique légère : généralement, la personne est confortable, mais un niveau d'exercice ordinaire résulte en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

CLASSE III

Limitation physique modérée « marked » : de nombreuses activités quotidiennes résultent en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

CLASSE IV

Limitation physique sévère : les symptômes (fatigue, palpitations, dyspnée et angine) sont présents en permanence et augmentent en intensité avec l'activité physique.

TABLEAU 4

Traitement pharmacologique – posologie et coûts

Posologie

Vasodilatateurs	**Dose d'attaque**	**Objectif**	**Coûts***
IECA			
Captopril (Capoten™)	6,25 t.i.d.	50 mg t.i.d.	17,75 – 57,30 $
Énalapril (Vasotec®)	2,5 mg b.i.d.	10 mg b.i.d.	47,50 – 64,60 $
Fosinopril (Monopril™)	10 mg *die*	20 mg *die*	23,73 – 28,50 $
Lisinopril (Zestril®, Prinivil®)	2,5 mg *die*	10 mg *die*	25,20 – 36,20 $
Perindopril (Coversyl®)	2 mg *die*	4 mg *die*	18,00 – 22,50 $
Quinapril** (Accupril™)	10 mg *die*	40 mg *die*	24,60 $
Ramipril (Altace®)	2,5 mg *die*	10 mg *die*	22,50-28,50 $
β-bloquants			
Carvédilol** (Coreg™)	3,125 b.i.d.	25 mg b.i.d.	87,20 $
Amlodipine (Norvasc™)	5 mg *die*	10 mg *die*	44,20 – 62,20 $
Losartan** (Cozaar®)	25 mg *die*	50 mg *die*	40,00 $
Hydralazine (Apresoline®)/dinitrate d'isosorbide (Isordil®)	10 mg q.i.d./ 5 mg t.i.d.	75 mg q.i.d./ 40 mg t.i.d.	25,78 – 78,94 $

* Coût par patient par mois, en utilisant un générique lorsque cela est possible.
** Coût identique, peu importe la dose.

Tiré de : Ducharme, Anique. La défaillance cardiaque. Le Médecin du Québec 1999; 34(10) : 66.

ANNEXE 1

CARNET DU PATIENT
(Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, 2000)

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE
J'ai du cœur et j'y tiens

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

ANNEXE 2

PARTNERS IN CARE EDUCATION MAP : CONGESTIVE HEART FAILURE

Tiré de : Harrison, M.B., Toman, C. and Logan, J. Partners in Care Education Map : Congestive Heart Failure. The Loeb Health Research Institute. Ottawa Hospital, 1999.

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 3

FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

(Diagnostic et prise en charge)

Diagnostic d'insuffisance cardiaque précisé par le médecin traitant :

Diagnostic confirmé : ❑ oui ➜ date : ____/____/____ Initiales: _____
(poursuivre à la section « prise en charge »)

❑ non ➜ inscrire la date de relance de l'identification de la maladie sur le formulaire de dépistage

Prise en charge interdisciplinaire
(les items cochés doivent être intégrés au PSI)

Date : ____/____/____ Initiales :

❑ traitement pharmacologique
❑ traitement non pharmacologique
❑ suivi des paramètres physiologiques
❑ éducation du patient et de l'aidant
❑ épuisement des aidants
❑ référence au personnel spécialisé

ANNEXE 4

ARTICLES DE RÉFÉRENCE

- ✓ Ducharme, A. (1999). La défaillance cardiaque. I – diagnostic au cabinet. Le Médecin du Québec, vol. 34, no. 10 (octobre 1999) : 55-60.
- ✓ Ducharme, A. (1999). La défaillance cardiaque. II – traitement au cabinet. Le Médecin du Québec, vol. 34, no. 10 (octobre 1999) : 63-69.
- ✓ La revue « American Journal of Cardiology »(1999). Consensus sur l'insuffisance cardiaque : prévention en pratique médicale. 21 janvier 1999, supplément 2A.
- ✓ Harrison, M.B., Toman, C., Logan, J. (1998). Hospital to Home – Evidence-Based Education for »CHF. The Canadian Nurse (February 1998) : 36-42.
- ✓ Direction de la santé publique. Carnet du patient. L'insuffisance cardiaque « J'ai du cœur et j'y tiens ». Bon de commande.

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

3725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9